Washington State Department of Social & Health Services
ADSA Aging & Disability Services Administration

AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION

Vremenska tablica individualnog pružaoca usluga

Individual Provider Time Sheet

KLIJENT / IME POSLODAVCA	IME INDIVIDUALNOG PRUŽAOCA USLUGA	IME RUKOVODITELJA SLUČAJA	MJESEC / GODINA

Dan u mjesecu		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A	Vrijeme početka																
B	Vrijeme kraja usluge																
C	Ukupni sati svakog dana																
D	Udaljenost u miljama																

Dan u mjesecu		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	UKUPNO
A	Vrijeme početka																
B	Vrijeme kraja usluge																
C	Ukupni sati svakog dana																
D	Udaljenost u miljama																

OBILJEŽITE IZVRŠENE ZADATKE U TOKU MJESECA (SAMO INDIVIDUALNI PRUŽAOCI USLUGA)

- ☐ Priprema obroka*
- ☐ Hranjenje
- ☐ Pratnja/prevoz do zdravstvene ustanove*
- ☐ Oblačenje
- ☐ Osobna higijena
- ☐ Pokretljivost u krevetu / pozicioniranje
- ☐ Šetanje / pokretanje
- ☐ Nanošenje losiona / masti*
- ☐ Sječenje noktiju*
- ☐ Prenošenje
- ☐ Kupanje
- ☐ Zahod
- ☐ Kućni poslovi*
- ☐ Tretman pasivnog opsega pokreta
- ☐ Kupovina osnovnih artikala*
- ☐ Nabavka ogrjeva*
- ☐ Promjena suhog povoja
- ☐ Kontrola nad lijekovima*
- ☐ Kratkotrajna skrb Odjela za osobe s poteškoćama u razvoju (DDD Respite)

* Zaduženja samo za odrasle klijente

UPUTE ZA DOKUMENTIRANJE VAŠIH SATI KOJE JE ODOBRIO DSHS

A. Upišite vrijeme početka davanja usluge – navedite AM ili PM (prije ili poslije podne) radi tačnosti.

B. Upišite vrijeme završetka davanja usluge – navedite AM ili PM (prije ili poslije podne) radi tačnosti.

C. Upišite ukupne sate odrađene svakog dana.

D. Udaljenost u miljama: sve milje pređene radi prijevoza ili kupovine za klijenta koje su odobrene prema Sistemu plaćanja službe za socijalna pitanja (Social Service Payment System - SSPS).

NEMOJTE slati ove vremenske tablice rukovoditeljima slučajeva, osim ako nisu zatražene. Čuvajte popunjene vremenske tablice u svojoj arhivi u periodu od šest (6) godina. Rukovoditelji slučajeva će zatražiti njihove kopije prilikom revidiranja. Ministarstvo za socijalne i zdravstvene usluge (Department of Social and Health Services - DSHS) može zatražiti njihove kopije bilo kad.

POTPIS KLIJENTA	POTPIS INDIVIDUALNOG PRUŽAOCA USLUGA

Ovaj obrazac dostupan je na http://www1.dshs.wa.gov/msa/forms/eforms.html